ITEM 286 : DIARRHÉE AIGUË ET DÉSHYDRATATION

NB : Partie pédiatrique de l'item et les diarrhées aiguës infectieuses (item 176) sont traitées dans des fiches spécifiques

Diarrhée = émission de selles trop fréquentes et/ou trop abondantes > **300 g/jour** et/ou de consistance anormale
- **Définition OMS : ≥ 3 selles très molles** ou **liquides**/jour, aiguë si évolution **< 14 jours**
- Symptôme très fréquent : surtout origine alimentaire ou virale, bénigne, brève < 24h, **5%** des français /an (3 millions)
- Diarrhée du voyageur (turista) : 50 à 200 millions de personne chaque année

Diagnostic

Formes et orientation clinique

Diarrhée brève	- Fréquente, svt < 24h, **isolée**, **sans gravité**, spontanément résolutive, Ø exploration nécessaire - Contexte de stress ou d'écart alimentaire
Gastro-entérite virale	- Contexte saisonnier/épidémique, virus en cause : rotavirus, astrovirus, adénovirus… - **Nausées/vomissements** souvent, fièvre et éruptions cutanées parfois ➙ *La présence d'une fièvre ne préjuge pas de l'origine bactérienne ou virale*
Syndrome dysentérique	= Évacuations **glairosanglantes** afécales avec +/- mucus ou **pus** ± **épreintes** (douleurs pelviennes soulagées par l'émission de selles, surtout qd sigmoïde touché) et sensation de **ténesme** (douleur anale persistante après exonération +/- sensation de corps étranger) +/- signes généraux (fièvre) - Témoigne d'une **lésion organique** (ulcère ou ulcération) **colique distale** (si afécale) ou **iléo-colique,** souvent infectieuse (germe **entéro-invasif**), ou + raremen inflammatoire / toxique / ischémique - **Germes** : Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia, Escherichia coli entéro-invasif ou plus rarement amibiase (parasite) voire viral (**rectite herpétique**, **colite à CMV** chez l'immunodéprimé)
Diarrhée liquidienne infectieuse	- Germe **toxinogène** : sécrétion d'entérotoxine **stimulant la sécrétion** intestinale - Germes fréquents : *Escherichia coli* entérotoxinogène, *staphylocoque aureus, Clostridium difficile, Vibrio cholerae*
Prise de médicament	= Nbreux médicaments pouvant être en cause (> 700) mais notamment ATB +++ (cf. fin de fiche) - Osmotique (**laxatif, magnésium**), sécrétoire (**olsalazine**) - Toxicité entérocytaire : chimiothérapies **colchicine, biguanide** - Colite microscopique : **veinotonique, lanzoprasole, ticlopidine, sertraline**
Prise alimentaire récente	- Savoir évoquer et identifier une possible **toxi-infection alimentaire collective (TIAC)** = minimum **2 cas** avec symptômes similaires -> **déclaration obligatoire à l'ARS** pour déclencher une enquête *- Cf fiche codex spécifique sur la TIAC pour plus de précision sur les germes*

Prise alimentaire récente		
< 24h	- **Toxines de *S. aureus*** : pâtisserie, viande - ***Bacillus cereus*** : riz, soja - ***Clostridium perfringens***: viande en sauce, plat cuisiné - **Toxines de dinoflagellés** : coquillages cru/cuit	*Dans la semaine* - ***Campylobacter* sp.** : poulet cru, produits laitiers non pasteurisé - ***E. coli* entéro-hémorragique** : bœuf cru - ***Yersinia enterocolitica*** : porc
24-48h	- **Virus rond et vibrio** : coquillage crus - ***Salmonella*** : aliment à base d'œuf cru, poulet cru, produit laitier non pasteurisé	

Signes de gravité	= Recherche de signe de **déshydratation +++ :** - **Perte de poids** - **Déshydratation extracellulaire** : oligurie, hypotension artérielle, tachycardie, pli cutané, cernes, yeux creusés - **Déshydratation intracellulaire** : soif, muqueuses sèches (face inférieure de la langue), troubles de la vigilance, fièvre - **Choc hypovolémique** : PAS < 90, TC > 120, oligurie, marbrures, TRC > 3s, extrémités froides/pâles - **Syndrome septicémique** (fièvre > 39°C ou hypothermie, frissons) voire **choc septique**
Signes associés	- Sensibilité élective, voire défense de la fosse iliaque droite ➙ **inflammation iléo-colique droite** - Météorisme abdominal permanent et douloureux ➙ **dilatation colique aiguë** - Signes extra-digestifs : **éruptions cutanées, signes articulaires**…

Cas particuliers

Voyage	- Évoquer une **parasitose** : amibiase (protozoaire *Entamoeba histolytica*), Giardiose (ubiquitaire)… - Germes fréquents quand diarrhée **pendant** le séjour : EC entérotoxinogène, Shigella dysenteriae
Chimiothérapie	- **Toxicité intestinale aiguë** de la chimio, à explorer si fièvre et/ou neutropénie - **Risque d'infection à *Clostridium difficile*** même sans antibiotique (statut immunodép)
Contexte vénérien	- Savoir évoquer devant une rectite ou recto-sigmoïdite une IST à ***Chlamydiae*, gonocoque**, **syphilis** et/ou à **HSV** ; souvent multi-germes - En cas de **rectite** : **écouvillonnage** pour test de détection antigénique (Chlam et gono) et/ou virologie (HSV) + **sérologies** (syphilis) ; si positif penser à rechercher VIH et VHB
VIH	- CD4 > 200 : identique à la population générale - CD4 < 200 : rechercher ***Cryptosporidium*** et ***Microsporidium*** à **l'EPS** - CD4 < 100 : **colite à CMV ➙ PCR CMV sanguine** et **biopsie colique**

Diagnostic	Cas particuliers	Sujet âgé	= Surmortalité : déshydratation, décompensation, forme grave de colite à *C. difficile*
		Diarrhée nosocomiale	= Survenue **≥ 3 jours** après l'admission du patient en milieu hospitalier - **FDR** : antibiothérapie, âge extrême, présence d'un voisin de chambre, durée du séjour élevée - Agent infectieux : ***Clostridium difficile*** ++, **salmonelles, virus, parasites** (giardia), penser au **Covid** - Exploration systématique : . Recherche de toxine et de *C. difficile* . Coproculture standard . Examen parasitologique des selles
Prise en charge	**Gastro-entéro**		- Recommandations d'hydratation, d'alimentation et d'hygiène - Traitement symptomatique : **ralentisseur du transit** ou **anti-sécrétoire** - **Aucune exploration complémentaire nécessaire** → généralement résolutif en **< 5 jours**
	Examens complémentaires	Indicat°	Si un seul des signes suivants est présent, indication à minima au bilan standard : - Fièvre > 38,5°C ou déshydratation - Sang ou pus dans les selles - Terrain vulnérable : immunodéprimé, valvulopathie, sujet très âgé, comorbidités - Diarrhée persistante **> 3 jours** - Contexte nosocomiale épidémique, post ATB ou suspicion de TIAC
		Bio	- **Bilan standard** : NFS, CRP, ionogramme, bilan rénal ± hémoculture si fièvre ± gazométrie - **Coproculture standard ou PCR multiplex bactéries :** recherche ***Salmonella sp, Shigella sp, Yersinia sp et Campylobacter sp****.(si autre germe suspecté, le préciser au microbiologiste ++)* - Pas de recherche des virus entériques en routine (indiqué que chez patient immunodép.) - **Examen parasitologique des selles** (réalisé sur 3 j de suite, PCR) : si contexte évocateur ± Si hémorragie/dysentérie : **rectosigmoïdoscopie** avec **biopsies,** voire **iléo-coloscopie**
		TDM	TDM abdo injecté si **fièvre et défense abdominale :** recherche de complication de la colite type **perforation** ou **colectasie**
	TTT		**= Antibiothérapie probabiliste non systématique,** après prélèvements microbiologiques des selles, à débuter rapidement (<48h) si **mécanisme invasif** (syndrome dysentérique, émissions glairo-sanglantes) avec des signes de gravité - **Azithromycine 5 à 7 jours (ou C3G si nécessité d'hospitalisation)** - Si séjour en zone endémique d'amibiase : ajout de **métronidazole** - **Adapté** aux résultats bactériologiques ensuite
	RHD		- **Hygiène des mains**, ne pas partager objets de toilette et couverts, désinfection des toilettes - **Boissons abondantes** (bouillon salé…), repas léger (riz…), éviter lait, crudités, fibres et repas copieux, régime sans résidu tant que selles liquides
	Compensation des pertes en eau et sel		- **Réhydratation orale** si possible (sauf déshydratation sévère ou vomissements incoercibles) : boissons abondantes **sucrées** et **salées** - **Réhydratation IV** si orale impossible : vomissements incoercibles, perte de poids, déshydratation sévère, collapsus ou troubles ioniques (hypoK+, dysnatrémie, IRA) - **Surveillance pondérale** quotidienne
	Sympto-matique	**Anti-diarrhéique**	- **Antisécrétoire** : **racécadotril** (Tiorfan®) et **acétorphan** → possible mais efficacité limitée - **Ralentisseur du transit** : **lopéramide** (Imodium®), **diphénoxylate** (Lomotil®) → Ralentisseur du transit **contre-indiqué** si syndrome **dysentérique** ou **fièvre élevée**
			Selon les symptômes associés : **antipyrétique** si fièvre, **antispasmodique** (phloroglucinol) ou **antalgiques** si douleurs, **antiémétique** (dompéridone, métoclopramide) si nausées/vomissements
	D' urgence		→ Hospitalisation en urgence si **sepsis grave** et/ou **déshydratation sévère** - **ATB probabiliste** en urgence après plvt : **Azithromycine ou C3G**, adapté secondairement à l'antibiogramme - **Réhydratation IV** : . **Hydrique** : basée sur la perte de poids → déshydratation . **Sodée** : basée sur des pertes de 50 mmol/L dans les selles → hyponatrémie . **Potassique** si besoin : diarrhée profuse, vomissements associés → hypokaliémie - **Alcalisation par bicarbonate de sodium IV** en cas d'acidose métabolique avec hypokaliémie

DIARRHÉES AUX ANTIBIOTIQUES

Causes	**Diarrhée bénigne**		= **Modification du transit intestinal/dysbiose** chez **5 à 10%** des sujets après un antibiothérapie - Mécanisme **fonctionnel** par **réduction de la fermentation des sucres** sur modifications de la flore intestinale : généralement diarrhée bénigne, 4 à 6 jours après le début du traitement, transitoire, sans fièvre, **régression rapide à l'arrêt** → aucun examen complémentaire, le + fréquent - Par effet pharmacologique sur la **motricité intestinale** (rare : érythromycine, acide clavulanique) : apparait rapidement à l'introduction et cesse à l'arrêt - **Infectieuses** : modifications de la flore permettant la prolifération de bactéries pathogènes entrainant une **colite infectieuse secondaire** (cf. encadré ci-dessous : *C. difficile, K. oxytoca*)
	Diarrhée à *Clostridium difficile*		= **Colite pseudo-membraneuse** : entre 7 jours à **2 mois** après une antibiothérapie - Antibiotiques à risque : . Elevé : **amoxicilline**, **céphalosporine**, **clindamycine**, **fluoroquinolone** . Modéré : **tétracycline, sulfamide, macrolide, chloramphénicol** . Faible/nul : **vancomycine, métronidazole, bacitracine** - Début brutal : **diarrhée abondante** (> 7 selles/jour), **fièvre, AEG**, - Complications : **mégacôlon toxique**, **perforation digestive, choc septique, rechute** - Diagnostic : . Mise en évidence de ***Clostridium*** et de ses **toxines** dans les selles (PCR ou ELISA) . Mise en évidence de **pseudomembranes** à l'**endoscopie rectocolique** dans la forme compliquée **:** mottes surélevées jaunâtres, par dépôts de fibrine, leucocytes, débris tissulaires et mucus - Possible en l'absence d'ATB chez les sujets immunodéprimés ou atteints de MICI - **Très contagieux**, à risque d'infection **nosocomiale** et des **collectivités** (EHPAD ++) - Bactérie sporulée **résistante au gel hydro-alcoolique** : nécessite **lavage des mains au savon**
	Diarrhée à *Klebsiella oxytoca*		= Plus rare : **diarrhée hémorragique** survenant **brutalement** lors des **1ers jours** d'un traitement par **β-lactamine** ou **pristinamycine,** spontanément résolutive après arrêt de l'ATB - **Dg :** coproculture avec demande spécifique de recherche de Klebsiella - **Endoscopie** : lésions ischémiques segmentaires muqueuses hémorragiques
Exploration	**Recherche de *C. difficile***		- Indications : . Diarrhée sous antibiotiques avec fièvre ou signe de colite (météorisme abdominal douloureux, signes péritonéaux) . Diarrhée prolongée **> 24h** après arrêt des antibiotiques . **Toute diarrhée nosocomiale** - Recherche de **toxine A et B de *C. difficile*** → **Méthode immuno-enzymatique** ou **PCR** ou test de référence par **cytotoxicité des selles** - **Recherche de *C. difficile*** : **méthode antigénique** ou **culture** sur milieu sélectif
	Coprocultures standards		= Recherche de ***Salmonella, Shigella, Campylobacter, Yersinia*** - Indications : diarrhée fébrile ou se prolongeant malgré une recherche de *C. difficile* négative
	Endoscopie		= **Rectosigmoïdoscopie** ou **coloscopie** - Indications : . D'emblée : - Diarrhée **hémorragique** - **Signes de colite** : météorisme abdominal douloureux . Si FDR de diarrhée à *C. difficile* grave : hyperleucocytose > 15 G/L, créat > 200, hypo-albuminémie < 25 g/L . Si bilan microbiologique négatif - **Culture de biopsie muqueuse** en territoire lésée → biopsie inutile si aspect endoscopique typique de colite pseudo-membraneuse
Traitement	K. oxytoca		**Régression rapide** à l'arrêt de l'ATB causale habituellement, si persiste : ATB
	Colite à *Clostridium difficile*	Sans signe de sévérité	- Arrêt de l'ATB si possible, hydratation PO et mesure d'hygiène, CI au lopéramide - ATB par **vancomycine PO** 10 jours (alternative : métronidazole ou fidaxomicine) - Traitement à domicile, pas de contrôle par coproculture à la fin du ttt
		Avec signes de sévérité	- Signe de sévérité ou terrain fragile : **hospitalisation** - Arrêt de l'ATB si possible, hydratation IV, isolement contact, CI au lopéramide - ATB par **vancomycine PO** 10 jours +/- asso à **métronidazole IV** possible, pas de copro en fin de ttt - Très rare : colectasie, mégacôlon toxique ou perforation colique (50% de décès) : **colectomie** chir
		Récidive	= Très fréquente (10-20% des cas) - Traitement : reprise **vancomycine orale** ou **Fidaxomicine** *per os* pdt 10 jours - Forme multirécidivante (à partir de la 2e récidive soit au 3e épisode) : **transplantation de flore fécale** indiquée (85% de succès)